



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Resultados perinatales en los manejos expectante e intervencionista de la preeclampsia severa

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

AUTOR

Ana Rocío Chuquispuma Torres

LIMA – PERÚ
2014

**Dedico este Trabajo a mis padres,
mis hermanos por el gran ejemplo
de dedicación y esfuerzo
y a mi esposo por su apoyo
incondicional.**

ÍNDICE

Pág.

RESUMEN.....	05
CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL ESTUDIO.....	06
1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	06
1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	07
1.3.- MARCO TEÓRICO.....	12
1.4.- HIPÓTESIS.....	23
1.5.- OBJETIVOS.....	23
1.5.1.- OBJETIVO GENERAL.....	23
1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
2.1.- TIPO DE ESTUDIO.....	25
2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	25
2.3.- UNIVERSO.....	25
2.4.- MUESTRA.....	25
2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	25
2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	26
2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES.....	26
2.7.1.- VARIABLE INDEPENDIENTE.....	27
2.7.2.- VARIABLE DEPENDIENTE.....	27
2.7.3.- VARIABLES INTERVINIENTES.....	27

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
2.8.1.- TÉCNICA.....	27
2.8.2.- INSTRUMENTO.....	27
2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS.....	27
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	29
3.1.- RESULTADOS.....	29
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN.....	37
4.1.- DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	37
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	43
5.1.- CONCLUSIONES.....	43
5.2.- RECOMENDACIONES.....	44
CAPÍTULO VI: BIBLIOGRAFÍA.....	45
6.1.- BIBLIOGRAFÍA.....	45
CAPÍTULO VII: ANEXOS.....	48
7.1.- DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	48
7.2.- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	49

RESUMEN

Objetivos: Determinar los resultados perinatales en el manejo expectante frente al manejo intervencionista de la Preeclampsia severa en gestantes entre las 24-34 semanas atendidas en el Instituto Materno Perinatal Abril 2012- Marzo 2013.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, retrospectivo de casos. Se revisaron 175 historias clínicas de pacientes gestantes con diagnóstico de Preeclampsia severa y EG entre 24-34 semanas que recibieron manejo expectante o intervencionista al ingresar al INMP durante Abril del 2012 a marzo del 2013.

Resultados: La edad del total de la población estudiada varió entre los 17 y 47 años, con un promedio de 29.1 +/- 7,2 años. La edad gestacional del total de la población estudiada varió entre los 26 y 34 semanas, con un promedio de 31.4 +/- 2.3 semanas. Los días de prolongación del total de la población estudiada varió entre los 0 y 16 días, con un promedio de 2.1 +/- 3.2 días. El peso del recién nacido de la población estudiada varió entre los 760 y 2450 gramos, con un promedio de 1712.8 +/- 416.4 días. El Apgar del recién nacido de la población estudiada varió entre los 5 y 9 puntos, con un promedio de 8.3 +/- 0.8 puntos. Encontramos que en el caso del manejo expectante el 3.9% ingreso a la unidad de cuidados intensivos, y en el caso del manejo intervencionista el 2.4%. En el caso del manejo expectante el 25.5% presentaron complicaciones, y en el caso del manejo intervencionista el 30.6%. En el caso del manejo expectante el 7.8% presentaron enfermedades asociadas a la prematuridad, y en el caso del manejo intervencionista el 8.1%.

Conclusiones: El manejo expectante obtiene mejores resultados perinatales frente al manejo intervencionista en el tratamiento de la preeclampsia severa en gestantes entre las 24 -34 semanas de edad gestacional en el Instituto Materno Perinatal en Abril 2013-Marzo 2013. No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados perinatales del manejo intervencionista con el manejo expectante de la preeclampsia severa en gestaciones entre las 24 – 34 semanas de edad gestacional. El promedio de días de prolongación del embarazo en el manejo expectante de la Preeclampsia Severa en gestaciones entre las 24 -34 semanas de edad gestacional, fue de 5.9 días. Hubo diferencias estadísticamente significativas de la Edad gestacional promedio al término de la gestación en ambos grupos de estudio. La prevalencia de Preeclampsia severa en gestantes entre 24 -34 semanas de edad gestacional durante el periodo de estudio.

Palabras clave: resultados perinatales, manejo expectante, manejo intervencionista, preeclampsia severa.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL ESTUDIO

1.1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La preeclampsia es un problema médico de gran importancia debido a su alta morbilidad materna y perinatal a nivel mundial.

La preeclampsia severa de comienzo precoz es relativamente poco frecuente, pero grave, para la cual la única curación es la extracción del trofoblasto, lo que significa la interrupción de la gestación. La prolongación de la gestación resulta ser favorable para el feto, aunque sigue siendo dudoso si la enfermedad materna empeora aún más con el tratamiento expectante. La mayoría de estudios han demostrado que se obtienen mejores resultados perinatales en la evaluación del Apgar a los 5 minutos, ingreso a UCI, muerte perinatal, enterocolitis necrotizante, enfermedad de membrana hialina y parálisis cerebral; cuando se prolonga el embarazo en los casos de prematuridad extrema comparado con el manejo intervencionista de la Preeclampsia Severa. El manejo conservador en la Preeclampsia grave ha sido reportado en la literatura internacional informando que este manejo mejora el resultado neonatal e incrementa el peso al nacer sin aumentar las complicaciones maternas. En el Instituto Materno Perinatal no existen publicaciones que estudien ambos manejos de la

Preeclampsia Severa.

El objetivo de cualquier protocolo de tratamiento de la preeclampsia debe ser, en primer lugar, la seguridad materna seguido del parto de un recién nacido en condiciones óptimas con máximas posibilidades de supervivencia.

Por lo tanto la decisión respecto a la necesidad de tratamiento y la selección de medidas específicas deben basarse en la valoración de las ventajas y riesgos para cada madre en particular y su hijo.

1.2.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

De forma frecuente en perinatología, cuando se piensa interrumpir el embarazo, se toman en cuenta tres factores: edad gestacional, salud materna y salud fetal. En la preeclampsia severa las condiciones maternas predominan sobre los otros dos factores. Si bien el tratamiento definitivo es el parto, éste sólo es para la madre, pero no para el feto, el cual si está lejos del término obtiene más ventajas al prolongar el embarazo.

Existen muchas pruebas científicas que han proporcionado ventajas demostrables del tratamiento conservador para al recién nacido y justifican posponer el parto en la preeclampsia severa.

Desde hace algunas décadas se implantó el manejo expectante, con el fin de prolongar el embarazo para que madure el feto y disminuyan las consecuencias desfavorables de la prematuridad sobre la morbilidad y la mortalidad perinatal.

Según **Barton y col.**²² en la preeclampsia los objetivos del tratamiento deben ser, primero, no poner en riesgo la vida de la madre y, luego el parto de un recién nacido maduro, y que no necesite cuidados neonatales intensivos y prolongados. De acuerdo con los mismos autores la elección entre parto inmediato o manejo expectante debe individualizarse después de observar cuidadosamente la gravedad de la enfermedad y el estado materno y fetal.

En el año 2000 **Hall y col.**¹⁹ investigo a 340 gestantes entre 24-34 semanas de edad gestacional con Preeclampsia severa a quienes se las manejo conservadoramente analizado la mortalidad materna, complicaciones maternas, muerte fetal, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales y tasa de mortalidad perinatal, teniendo como promedio 11 días de prolongación del embarazo, en la cual se pudo concluir que el prolongar el embarazo mejoraban las condiciones del neonato.

En dos estudios aleatorios^{23,24} se ha demostrado que se consigue mejor resultado perinatal sin añadir riesgos para la madre con el tratamiento expectante de la preeclampsia grave. Pocas mujeres pueden seleccionarse para un protocolo de tratamiento expectante, pero si se someten a una vigilancia materna y fetal diaria, estas mujeres parecen tener finalmente menos riesgos de resultado perinatal adverso. En casos de gestaciones precoces muy comprometidas, dicha prolongación generalmente no ejerce ningún

efecto positivo sobre la supervivencia neonatal.

Haddad y col ¹⁶. en EEUU en el año 2004 dividió a las pacientes con preeclampsia severa y manejo expectante en 3 grupos según la edad gestacional comparándose entre estos la existencia de complicaciones maternas y neonatal además se obtuvo una baja tasa de mortalidad materna y perinatal, prolongándose el embarazo en aproximadamente 5 días.

Shear y col. ²⁰ en el 2005 estudió 155 gestantes con edad gestacional por debajo de 34 semanas en las cuales se encontró una tasa de mortalidad perinatal de 3.9% en aquellas pacientes con tratamiento expectante de la preeclampsia severa. En conclusión los resultados de estos estudios mostraron que se logró prolongar el embarazo y obtener buenos resultados maternos y perinatales.

En América Latina existen cuatro trabajos no controlados sin asignación al azar que también reportan los resultados maternos y perinatales con tratamiento expectante en la preeclampsia severa. La mayor parte de esos estudios destaca la importancia de la edad gestacional al momento del parto, más que la gravedad de la preeclampsia como primer determinante de los resultados perinatales.

Briones y col. quien compara los resultados maternos y perinatales en los grupos de manejo expectante y agresivo los cuales fueron Edad gestacional al momento del parto, ingreso a la unidad de cuidados intensivos neonatales, supervivencia neonatal, mortalidad

materna y fetal siendo estos dos últimos resultados menos frecuentes en el grupo de manejo expectante. Los demás estudios solo describen los resultados maternos y perinatales del manejo expectante.

Romero y col en el año 2000 el que describe un mayor número de variables tales como complicaciones maternas, peso al nacer, Apgar a los 5 minutos, mortalidad materna y fetal.

En estos estudios las tasas de mortalidad perinatal fueron apropiadas para la edad gestacional al momento del parto y para la disponibilidad de cuidados neonatales. En la mayor parte de ellos se logró la prolongación del embarazo entre 10 y 14 días. En estas investigaciones no se incrementó la morbilidad materna, lo cual sensibilizó a la comunidad científica acerca del tratamiento expectante; sin embargo, recibieron críticas debido a que no seleccionaron a las pacientes al azar y por no ser controlados.

En la preeclampsia severa lejos del término, dos pruebas controladas y al azar ¹⁸ realizadas por **Odendaal y sus col.** ²⁰ y **de Sibai y col.** ² han comparado el tratamiento agresivo, activo o intervencionista, con el tratamiento conservador o expectante en 38 y 95 pacientes respectivamente. Estos trabajos fueron controlados y al azar los cuales destacaron la importancia de pensar también en el feto (tratamiento expectante) y no sólo en la madre (tratamiento agresivo), ya que demostraron mejores resultados neonatales al prolongar el embarazo de 7 a 15 días, sin

afectar los resultados maternos.

Las variables maternas estudiadas fueron: mortalidad, eclampsia, daño cerebral, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, síndrome HELLP, edema pulmonar, paro cardíaco, necesidad de vigilancia invasora y cesárea. Las perinatales fueron: muerte fetal y neonatal, puntuación Apgar a los 5 minutos, convulsiones, hemorragia intraventricular, enfermedad de la membrana hialina, neumotórax, enterocolitis necrotizante, ventilación > 7 días, y daño y parálisis cerebral. Las de los recursos de salud fueron: necesidad de cuidados intensivos maternos, dependencia alta de cuidados intensivos maternos, tiempo de estancia en la unidad de cuidados intensivos, ventilación neonatal y administración de surfactante a los neonatos. Los recién nacidos del grupo de tratamiento agresivo tuvieron mayor frecuencia de enfermedad de la membrana hialina (RR 2.3; IC 95% 1.39-3.81), y de enterocolitis necrotizante (RR 5.5; IC 95% 1.04-29.56) y necesitaron más admisiones a la unidad de cuidados intensivos (RR 1.32; IC 95% 1.13- 1.55) que los del grupo expectante. Sin embargo, los de tratamiento intervencionista fueron menos pequeños para la edad gestacional (RR 0.36; IC 95% 0.14-0.90) que los de tratamiento conservador. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las otras variables analizadas. Se concluyó que no hay datos suficientes para cualquier recomendación confiable acerca de la política de cuidado para las mujeres con preeclampsia severa de inicio

temprano y afirmaron que se necesitan mejores pruebas. Además en estos dos últimos estudios se resalta la importancia en la selección del paciente con tratamiento expectante, ya que se observó en 34 y 26% respectivamente condiciones maternas y fetales inestables, las cuales debieron excluirse posteriormente.

1.3.- MARCO TEÓRICO

Los estados hipertensivos del embarazo son un conjunto de desórdenes que acontecen durante la gestación cuyo nexo común es la hipertensión. La preeclampsia complica del 3 al 8% de los embarazos; es una enfermedad de carácter irreversible que afecta múltiples órganos y, debido a que lesiona a la madre y al feto, es responsable de una proporción considerable de muertes maternas y perinatales.¹⁻⁴ De acuerdo con el Grupo Nacional de Trabajo en el Programa de Educación de Hipertensión Arterial, la Preeclampsia provoca casi 15% de la mortalidad perinatal.

La Preeclampsia Severa presenta uno o más de los siguientes criterios ³:

TA sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 110 en dos determinaciones separadas en 4-6 horas, antes del inicio del tratamiento antihipertensor.

Renales: Proteinuria ≥ 2 g en orina de 24 horas, oliguria < 500 ml/24 horas, creatinina sérica $> 1,2$ mg/dl.

Alteraciones analíticas: pruebas funcionales hepáticas TGO/TGP >75

Alteraciones hematológicas: trombocitopenia ($<100.000 \text{ mm}^3$), CID, hemólisis (esquistocitos en sangre periférica, $\text{LDH} \geq 600 \text{ u/l}$, haptoglobina $<0,8 \text{ mg/dL}$).

Alteraciones clínicas: cerebrales o visuales (hiperreflexia con clonus, cefalea severa, escotomas, visión borrosa, amaurosis, hemorragia retiniana, tinnitus, papiledema); síntomas de distensión de la cápsula hepática, dolor epigástrico o en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos; edema agudo de pulmón.

Manifestaciones fetales (CIUR). La eclampsia es la aparición de convulsiones tónico-clónicas en el contexto de una paciente preeclámpsica que no pueden ser atribuidas a otras causas.

De los diferentes estados hipertensivos hay que poner especial interés en la preeclampsia por ser un trastorno multisistémico con una importante morbilidad y mortalidad materna y perinatal a nivel mundial con una prevalencia del 2 al 7% de los embarazos en nulíparas sanas.^{2, 4} En países donde el control prenatal no es adecuado, la preeclampsia- eclampsia explica el 40-80% de las muertes maternas, estimándose un total de 50,000 por año.⁵ La eclampsia tratada tiene una mortalidad de menos del 2% y sin tratamiento de un 7 a 30%. Más aún, en Latinoamérica, el síndrome hipertensivo del embarazo Preeclampsia / eclampsia es la principal causa de mortalidad materna.

En nuestro país es la causa más frecuente de morbilidad materna con una incidencia que fluctúa entre 10 y 15% en la población hospitalaria, y es la segunda causa de mortalidad materna, representando el 17 al 21% de muertes ⁶; considerándose la primera causa de muerte materna en los hospitales de EsSalud del país y en Lima Ciudad ⁷, además se relaciona con el 17 a 25% de las muertes perinatales y es causa principal de restricción del crecimiento fetal intrauterino (RCIU).

Su etiología se desconoce, no obstante se sugiere que posee una base genética e inmunológica que resulta en un trastorno multisistémico caracterizado por hipertensión, proteinuria, y anomalías en la coagulación y/o en la función hepática.

Desde una perspectiva fisiopatológica ⁸, la preeclampsia se caracteriza por una invasión anormalmente superficial del citotrofoblasto en las arterias espirales durante la placentación, lo que da como resultado la conservación del tejido musculo elástico de estas arterias y su capacidad de respuesta a diferentes agentes vasopresores. Otro hallazgo central en este síndrome es la disfunción endotelial: se ha evidenciado un estado de estrés oxidativo, la disminución en la actividad de la óxido nítrico sintasa endotelial, dislipidemia, una amplificación de la actividad simpática, así como una mayor expresión de marcadores de daño endotelial.

Se han identificado entre los diferentes factores que incrementan

el riesgo de preeclampsia ⁹ : la primigestación, edades maternas extremas, exposición limitada al espermatozoide de la misma pareja, antecedente de preeclampsia, gestación multifetal, enfermedad trofoblástica gestacional, hipertensión crónica, enfermedad renal, diabetes mellitus pregestacional, trombofilias, obesidad y el antecedente personal materno de restricción en el crecimiento intrauterino.

El objetivo principal del manejo de la preeclampsia deberá siempre estar orientado a la seguridad materna.¹⁰ Sin embargo siempre se realizara vigilancia fetal a través de la estimación ultrasonográfica del crecimiento fetal y del volumen del líquido amniótico, flujometría, así como un perfil biofísico fetal.

El tratamiento de la preeclampsia severa consiste en la expansión del volumen plasmático y vasodilatación farmacológica mediante antihipertensivos, combinado o no con medicación anticonvulsivante con sulfato de magnesio, además de monitoreo estricto de daño de órgano blanco dentro de un hospital que cuente con unidad de cuidados intensivos materno y neonatal ¹¹.

Las decisiones respecto a la necesidad de tratamiento y la selección de medidas específicas deben basarse en la valoración de las ventajas y riesgos relativos para cada madre en particular y su hijo.

En la preeclampsia severa las condiciones maternas predominan sobre los otros factores. Si bien el tratamiento definitivo es el

parto, éste sólo es para la madre, pero no para el feto, el cual si está lejos del término obtiene más ventajas al prolongar el embarazo.

Tradicionalmente, en pacientes con preeclampsia leve se ha prolongado el embarazo y en las pacientes con preeclampsia severa el parto se ha atendido inmediatamente, sin considerar las condiciones fetales ¹².

Con mejores métodos de vigilancia del bienestar fetal y el reconocimiento de la preeclampsia como enfermedad multisistémica, muchos investigadores empezaron a cambiar este punto de vista. Al principio se posponía el parto durante 48 horas para administrar esteroides. Como la mayoría de las mujeres permanecía estable o mejoraba, se propuso continuar el embarazo en algunas pacientes seleccionadas.¹³ Una vez diagnosticada la preeclampsia severa, los médicos coinciden en que hay que hospitalizar a la paciente, pero hay controversia entre el procedimiento inicial de tratamiento agresivo, activo o intervencionista (hospitalización, administración de esteroides para inducir la maduración pulmonar fetal y provocar el parto en 48 y 72 horas) y el tratamiento conservador o expectante (hospitalización, evaluación materno-fetal continua y provocar el parto ante algunas indicaciones maternas o fetales).

La preeclampsia grave de comienzo precoz es una enfermedad materna poco frecuente, pero grave, para la cual la única curación

es la extracción del trofoblasto, lo que significa la interrupción de la gestación. Sin embargo, el parto pretérmino aumenta el riesgo de que el resultado neonatal sea adverso. La prolongación de la gestación es, en teoría, favorable para el feto, aunque sigue siendo dudoso si la enfermedad materna empeora aún más con el tratamiento expectante ¹⁵. En algunos casos de preeclampsia grave, puede recomendarse el tratamiento expectante después de que transcurra el tiempo necesario para la administración de corticosteroides, pero sólo en un centro de atención terciaria con instalaciones de cuidado materno intensivo adecuadas. En casos de gestaciones precoces muy comprometidas, tanto para la madre o para el feto dicha prolongación generalmente no ejerce ningún efecto positivo sobre la supervivencia neonatal ²¹.

Existen dos tipos de manejo de la Preeclampsia severa en gestaciones lejos del término en cuanto al momento del parto, las cuales describiremos a continuación:

Tratamiento activo, intervencionista o agresivo ¹⁶

Consiste en realizar el parto temprano después de la administración de corticoides para la maduración pulmonar.

Con respecto a la salud materna, se realiza este tratamiento si tienen uno o más de los siguientes signos:

- 1) hipertensión grave no controlada
- 2) eclampsia
- 3) plaquetas < 100,000 mm³

- 4) enzimas hepáticas aumentadas el doble o más de su valor normal, con epigastralgia o dolor en el hipocondrio derecho
- 5) edema pulmonar
- 6) afectación de la función renal
- 7) desprendimiento prematuro de placenta
- 8) cefalea grave persistente o cambios visuales.

En relación con la salud fetal, este tratamiento se realiza cuando hay uno o más de los siguientes signos:

- 1) desaceleraciones tardías repetidas o desaceleraciones variables graves, perfil biofísico fetal ≤ 4 puntos en dos ocasiones con cuatro horas de intervalo,
- 2) índice de líquido amniótico ≤ 2 cm,
- 3) peso fetal $\leq 5^{\circ}$ percentil
- 4) onda de velocidad de flujo diastólico en reversa en la arteria umbilical.

Tratamiento expectante o conservador ¹⁷

Consiste en que después de administrar corticoides, se retrasa el parto hasta que estuviese indicado, el objetivo principal es tener mejores condiciones neonatales, peso, edad, menor mortalidad perinatal y menores complicaciones propias de la prematuridad tales como enfermedad de membrana hialina, enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular.

Se realiza cuando al evaluar la salud materna hay uno o más de los siguientes signos:

- 1) hipertensión controlada,
- 2) proteinuria
- 3) oliguria ($\leq 0.5 \text{ cm}^3/\text{kg}/\text{h}$) que se resuelve con ingestión o administración de líquidos
- 4) enzimas hepáticas del doble o más de su valor normal, sin epigastralgia o dolor en el hipocondrio derecho.

Al valorar la salud fetal deben existir los siguientes factores:

- 1) perfil biofísico fetal ≥ 6 puntos,
- 2) índice de líquido amniótico $> 2 \text{ cm}$
- 3) peso fetal $> 5^\circ$ percentil.

Con respecto a la restricción del crecimiento intrauterino, en el 2000 Chamas y sus colaboradores³⁷ publicaron su experiencia con 47 pacientes con preeclampsia severa (< 34 semanas), con y sin restricción del crecimiento intrauterino, encontrando que 85.7% de las pacientes que tenían fetos con restricción del crecimiento intrauterino parieron una semana antes que las que no los tenían. Se recomendó observación estricta cuando haya restricción del crecimiento intrauterino, ya que el tratamiento conservador no parece tener ventajas.

Los resultados perinatales que ponen en evidencia el bienestar del recién nacido dependen en la mayoría de los casos de la edad gestacional al momento del parto, de ahí que es de gran relevancia posponer el parto lo más cerca al término o al menos hasta las 34 semanas que es donde se completa la maduración pulmonar, pues

se obtendrían mejores resultados, tales como:

- Peso al nacer; Los recién nacidos de bajo peso están en riesgo de desarrollar infecciones en los primeros días de vida. Otros pueden sufrir problemas a largo plazo como retraso en el desarrollo motor o social o problemas de aprendizaje. En la actualidad la supervivencia de los recién nacidos más de 1000 gr es cerca del 80%

Si además son prematuro y de peso bajo corre un riesgo mayor de desarrollar problemas de respiración. Anualmente, alrededor de 40.000 RN la mayoría de los cuales, nace antes de la semana 34 de gestación-sufren del síndrome de dificultad respiratoria, una de las causas más importantes de muerte e incapacidad entre prematuros.

- El Apgar a los 5 minutos ²⁵ evalúa el nivel de adaptabilidad del recién nacido al medio ambiente y su capacidad de recuperación. Si el recién nacido está en buenas condiciones obtendrá una puntuación ≥ 7 , pero si obtiene puntuación de 4-6 su condición fisiológica no está respondiendo adecuadamente y el neonato requiere de una valoración clínica y recuperación inmediata y si es < 4 necesita atención de emergencia, medicamentos intravenosos y respiración asistida.

- Ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIN): Se estima que un 9% de los RN requerirán de cuidados especiales como medicación sistémica, ventilación asistida o incubadora en una UCIN. La mayoría de los neonatos que ingresan son prematuros,

tienen bajo peso (menos de 2250 gr.) o padecen un trastorno médico que requiere de estos cuidados.

- Los recién nacidos que nacen prematuramente tienen un alto riesgo de sufrir una serie de complicaciones. A pesar de que muchas de estas complicaciones pueden ser diagnosticadas y tratados, a menudo puede conducir problemas de larga duración durante que el bebé crezca. Estas son las más comunes que se observan inmediatamente después del nacimiento.

Enfermedad de Membrana Hialina ²¹ es un problema respiratorio grave que afecta principalmente a los bebés que nacen antes de las 34 semanas de embarazo. Se presenta en 5 a 10% de los RN pretérminos. El cuadro clínico que refleja un Síndrome de distrés respiratorio ocurre principalmente si los pulmones son demasiado inmaduros para producir un material importante llamada surfactante. El surfactante es una capa lisa que cubre el revestimiento de los pulmones. Los prematuros no producen suficiente surfactante para poder respirar fuera del útero hasta un cierto punto en su desarrollo. La mayoría de los que nacen prematuramente tienen sólo alrededor del 5% de surfactante necesitado. La administración de corticoides se da para que se acelere la maduración pulmonar. Se puede sospechar de EMH si el neonato tiene dificultad para respirar. Una radiografía de tórax con patrón reticulonodular en “vidrio esmerilado” y broncograma aéreo, y gasometría arterial alterada con frecuencia confirman el

diagnóstico. Junto con el tratamiento con surfactante, los bebés con SDR pueden necesitar oxígeno adicional y asistencia respiratoria mecánica para mantener dilatados los pulmones

La Hemorragia intraventricular es más común en los bebés nacidos antes de las 32 semanas de embarazo. Puede causar presión en el cerebro y daño cerebral. Las hemorragias suelen ocurrir en los primeros tres días de vida y por lo general se diagnostica con un examen de ultrasonido transfontanelar. La mayoría de las hemorragias cerebrales son leves y se resuelven sin o con pocos problemas a largo plazo. Las hemorragias más graves pueden causar las estructuras llenas de líquido (ventrículos) en el cerebro que se expanden rápidamente, causando presión en el cerebro que puede conducir daño cerebral (como la parálisis cerebral, el aprendizaje y problemas de conducta). En tales casos, se puede insertar un tubo en el cerebro para drenar el líquido y reducir el riesgo de daño cerebral. En los casos más leves, los medicamentos a veces puede reducir la acumulación de líquido.

Enterocolitis necrotizante (ECN): Algunos prematuros desarrollan este problema intestinal potencialmente peligroso, generalmente a las dos o tres semanas de nacer. Puede conducir a dificultades para alimentarse, hinchazón abdominal y sangre en las heces. La ECN se puede diagnosticar por imágenes, como radiografía de abdomen que muestra dilatación de asas y aire en la pared intestinal (neumatosis). Los RN afectados se tratan con antibióticos y son

alimentados por vía intravenosa (a través de una vena) mientras se cura el intestino. En algunos casos, se requiere cirugía para quitar las secciones dañadas del intestino.

1.4 HIPOTESIS

El manejo expectante obtiene mejores resultados perinatales frente al manejo intervencionista en el tratamiento de la preeclampsia severa en gestantes entre las 24 -34 semanas de edad gestacional en el Instituto Materno Perinatal en Abril 2013- Marzo 2013.

1.5.- OBJETIVOS

1.5.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar los resultados perinatales en el manejo expectante frente al manejo intervencionista de la Preeclampsia severa en gestantes entre las 24 – 34 semanas atendidas en el Instituto Materno Perinatal Abril 2012- Marzo 2013.

1.5.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar el riesgo de obtener resultados perinatales adversos con el manejo intervencionista y con el manejo expectante de la preeclampsia severa en gestaciones entre las 24 – 34 semanas de edad gestacional.
- Determinar la frecuencia de los resultados perinatales según peso al nacer, Apgar a los 5', ingreso a UCIN y existencia de

enfermedades asociadas a prematuridad, en el manejo expectante de la Preeclampsia Severa en gestaciones entre las 24 -34 semanas de edad gestacional.

- Determinar la frecuencia de los resultados perinatales según peso al nacer, Apgar a los 5', ingreso a UCIN y existencia de enfermedades asociadas a prematuridad, en el manejo intervencionista de la Preeclampsia Severa en gestaciones entre las 24 – 34 semanas de edad gestacional.
- Determinar el promedio de días de prolongación del embarazo en el manejo expectante de la Preeclampsia Severa en gestaciones entre las 24 -34 semanas de edad gestacional.
- Determinar la Edad gestacional promedio al término de la gestación en ambos grupos de estudio de gestantes con Preeclampsia Severa en gestaciones entre 24 – 34 semanas de edad gestacional.
- Determinar la prevalencia de Preeclampsia severa en gestantes entre 24 -34 semanas de edad gestacional durante el periodo de estudio.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODOS

2.1.- TIPO DE ESTUDIO

Observacional, analítico.

2.2.- DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente estudio consta de un diseño analítico observacional, transversal, retrospectivo. Que compara resultados perinatales entre el grupo expectante y el grupo intervencionista de la Preeclampsia severa.

2.3.- UNIVERSO

Pacientes gestantes con diagnóstico de Preeclampsia severa y EG entre 24- 34 semanas que recibieron manejo expectante o intervencionista al ingresar al INMP durante Abril del 2012 a marzo del 2013.

2.4.- MUESTRA

Se estima el tamaño de muestra en 150 pacientes.

2.5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Gestantes con Diagnóstico de Preeclampsia Severa y Edad gestacional entre 24- 34 semanas que se les brinde manejo expectante.

- Gestantes con Diagnóstico de Preeclampsia Severa y Edad gestacional entre 24 -34 semanas que se les brinde manejo intervencionista.
- Gestantes con Diagnóstico de Preeclampsia Severa y Edad gestacional entre 24 -34 semanas con parto de RN vivo único.

2.6.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Gestantes con diagnósticos de Preeclampsia severa y edad gestacional menor de 24 semanas o mayor de 34 semanas.
- Gestantes con óbito fetal
- Gestantes con comorbilidades
- Gestante con inestabilidad hemodinámica que ponga en riesgo su vida o la vida del feto.
- Gestantes con test de bienestar fetal alterado (doppler o NST)
- Recién nacidos con malformaciones graves: anencefalia, hidrocefalia, microcefalia, gastrosquisis, Sd. Edwards, Sd. Patau.

2.7.- DESCRIPCIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicador	Tipo de Variable	Escala
Manejo de la Preeclampsia Severa	Tratamiento de la Preeclampsia severa en cuanto a culminación de la gestación en gestantes entre 24-34 semanas de EG.	M. expectante: después de corticoterapia retrasar el parto más allá del 1 día post corticoterapia o cumpla 34 sem EG. M. Intervencionista Parto inmediatamente después	M. Expectante M. Intervencionista	Cualitativa	Nominal

		administración de 2° dosis de corticoide			
Peso al nacer	Peso del Recién nacido inmediatamente después del parto	Peso en gramos del recién nacido.	N° de gramos	Cuantitativa	Razón
Apgar a los 5'	Puntaje de Apgar en el recién nacido a los 5 minutos que evalúa FC, FR, tono muscular, irritabilidad y cianosis.	Puntaje a los 5 minutos	Bajo 0-3 Moderado 4-6 Normal 7-10	Cualitativa	Ordinal
Ingreso a UCIN	Ingreso del Recién nacido a la Unidad de cuidados intensivos neonatales para su monitoreo y cuidados especiales	Ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos del RN inmediatamente después del parto	SI NO	Cualitativa	Nominal
Complicaciones Neonatales	Existencia de enfermedades que complican al neonato debido a su prematuridad	E. Membrana hialina: Rayos X de tórax con patrón reticulonodular o broncograma aéreo	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Enterocolitis Necrotizante: distensión abdominal, heces con sangre y Rx abdomen con neumatosis intestinal	SI NO	Cualitativa	Nominal
		Hemorragia intraventricular: hemorragia detectada en la US transfontanelar	SI NO	Cualitativa	Nominal

2.8.- RECOLECCIÓN DE DATOS

2.8.1.- TÉCNICA

Instrumento: Ficha de recolección de datos,

Fuente: Historia clínica obstétrica y neonatal

2.8.2.- INSTRUMENTO

Toda la información obtenida en base a las variables planteadas fue recopilada en una Ficha de Recolección de Datos de elaboración propia (ver anexo).

2.9.- PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

Los datos obtenidos durante la investigación, por medio de la ficha de recolección de datos, se ordenaron y procesaron en una computadora personal, valiéndonos de los programas Microsoft Excel v.2007, SPSS v.18.0 y Epidat v.3.1. Se estudiaron las variables obtenidas en la consolidación y se procesaron estadísticamente. Se observaron y analizaron los resultados y la posible aparición de relaciones entre ellos utilizando el método Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para variables cualitativas y el test de Student para variables cuantitativas ($P < 0.05$).

CAPITULO III

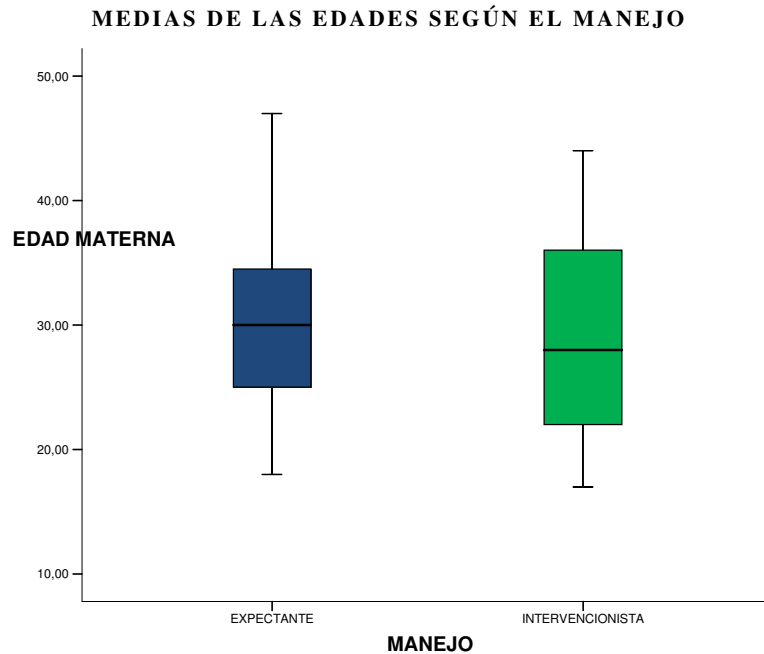
RESULTADOS

La edad del total de la población estudiada varió entre los 17 y 47 años, con un promedio de 29.1 +/- 7,2 años y tuvo una distribución bimodal. Para las gestantes preeclámpticas con manejo expectante e intervencionista, la edad promedio fue 29,7 +/- 6,4 y 28,8 +/- 7,5 años; respectivamente. ($p > 0.05$) demostrando que no existió diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de pacientes. El gráfico de Cajas muestra la diferencia existente (figura 1).

TABLA N° 01 MEDIAS DE LAS EDADES SEGÚN EL MANEJO							
MANEJO	MEDIA	N	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL DE N	P
EXPECTANTE	29.7451	51	6.46481	18.00	47.00	29.1%	P>0.05
INTERVENCIONISTA	28.8790	124	7.53053	17.00	44.00	70.9%	
TOTAL	29.1314	175	7.22861	17.00	47.00	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

FIGURA 1

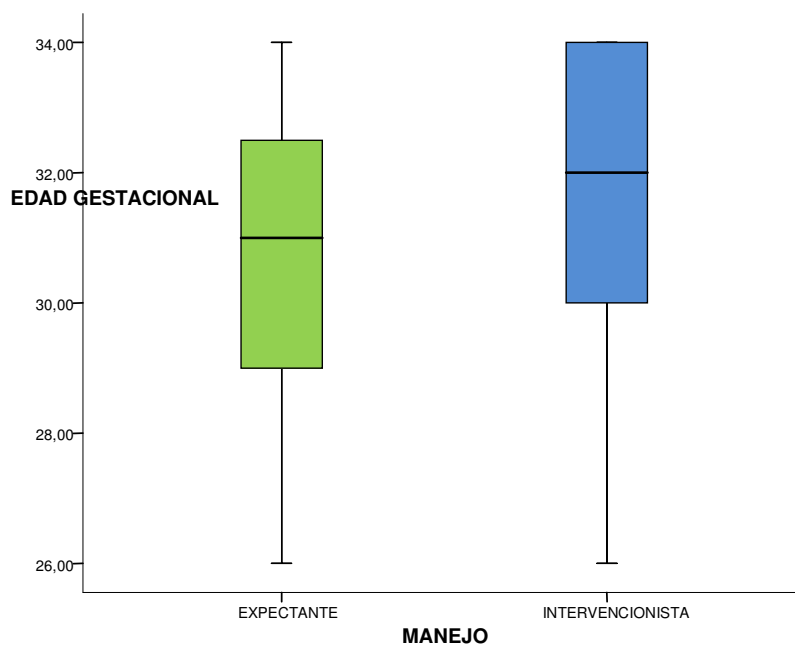


La edad gestacional del total de la población estudiada varió entre los 26 y 34 semanas, con un promedio de 31.4 +/- 2.3 semanas y tuvo una distribución bimodal. Para las gestantes preeclámpticas con manejo expectante e intervencionista, la edad gestacional promedio fue 30.6 +/- 2.3 y 31,8 +/- 2,2semanas; respectivamente. ($p < 0.05$) demostrando que existió diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de pacientes. El gráfico de Cajas muestra la diferencia existente (figura 2).

TABLA N°02 MEDIAS DE LA EDAD GESTACIONAL SEGÚN EL MANEJO							
MANEJO	MEDIA	N	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL	P
EXPECTANTE	30.6078	51	2.31584	26.00	34.00	29.1%	P<0.05
INTERVENCIONISTA	31.8306	124	2.23324	26.00	34.00	70.9%	
TOTAL	31.4743	175	2.31888	26.00	34.00	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

FIGURA 2
MEDIAS DE LA EDAD GESTACIONAL SEGÚN EL MANEJO

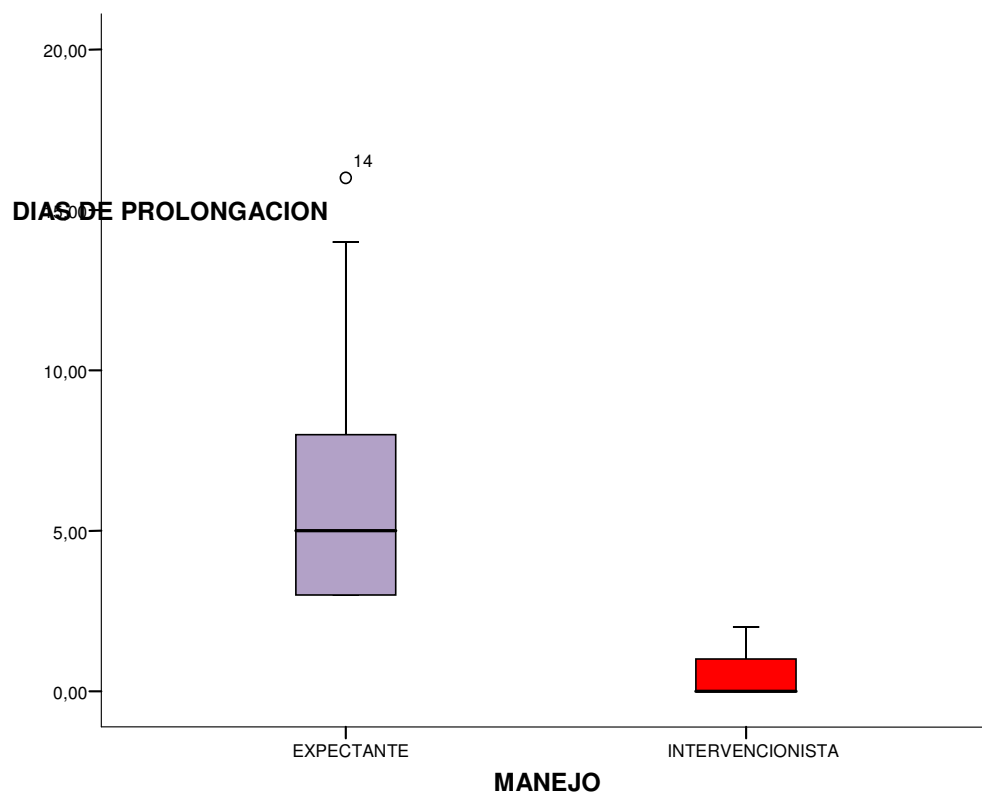


Los días de prolongación del total de la población estudiada varió entre los 0 y 16 días, con un promedio de 2.1 +/- 3.2 días y tuvo una distribución bimodal. Para las gestantes preeclámpticas con manejo expectante e intervencionista, los días de prolongación promedio fueron 5.9 +/- 3.5 y 0.5 +/- 0.6 días; respectivamente. ($p < 0.001$) demostrando que existió diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de pacientes. El gráfico de Cajas muestra la diferencia existente (figura 3).

TABLA N° 03 MEDIAS DE LOS DIAS DE PROLONGACION SEGÚN EL MANEJO							
MANEJO	MEDIA	N	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL	P
EXPECTANTE	5.9608	51	3.50406	3.00	16.00	29.1%	P<0.05
INTERVENCIÓNISTA	.5403	124	.67954	.00	2.00	70.9%	
TOTAL	2.1200	175	3.15544	.00	16.00	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

FIGURA 3
MEDIAS DE LOS DIAS DE PROLONGACION SEGÚN EL MANEJO

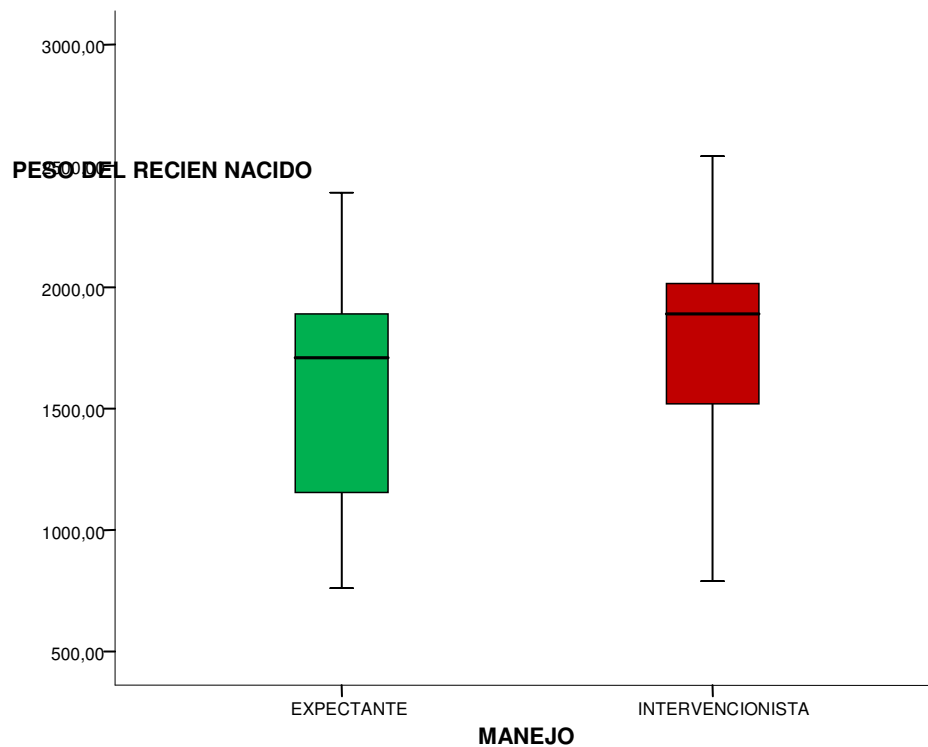


El peso del recién nacido de la población estudiada varió entre los 760 y 2450 gramos, con un promedio de 1712.8 +/- 416.4 días y tuvo una distribución bimodal. Para las gestantes preeclámpticas con manejo expectante e intervencionista, los pesos de los recién nacidos promedio fueron 1594+/- 438 gramos y 1761+/- 398 gramos; respectivamente. ($p < 0.05$) demostrando que existió diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de pacientes. El gráfico de Cajas muestra la diferencia existente (figura 4).

TABLA N° 04 MEDIA DEL PESO DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO							
MANEJO	MEDIA	N	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL	P
EXPECTANTE	1594.11	51	438.63	760.00	2390.00	29.1 %	P<0.05
INTERVENCIONISTA	1761.69	124	398.52	790.00	2540.00	70.9 %	
TOTAL	1712.85	175	416.40	760.00	2540.00	100.0 %	

Fuente: ficha de recolección de datos

FIGURA 4
MEDIA DEL PESO DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO

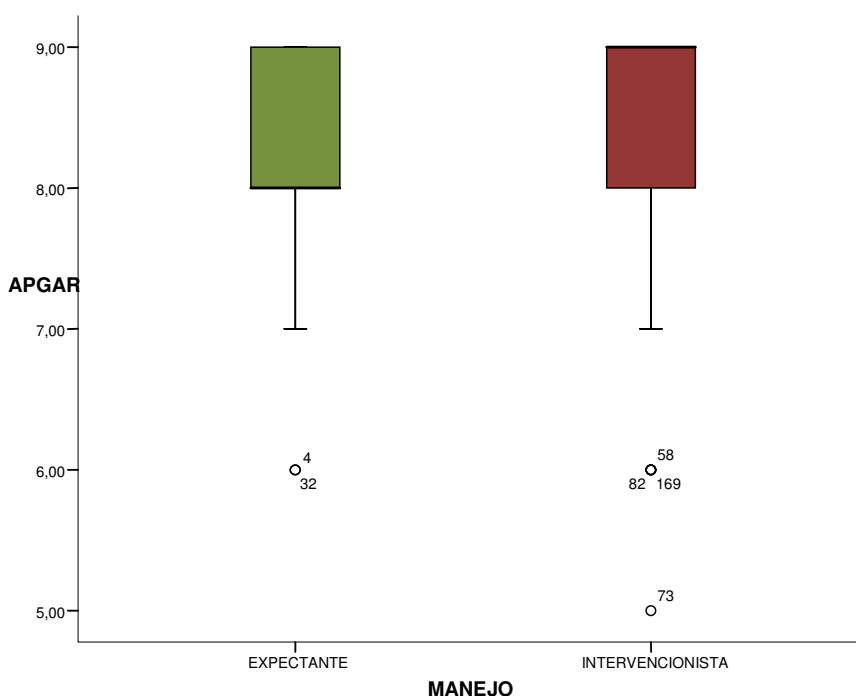


El Apgar del recién nacido de la población estudiada varió entre los 5 y 9 puntos, con un promedio de 8.3 +/- 0.8 puntos y tuvo una distribución bimodal (figura 1). Para las gestantes preeclámpticas con manejo expectante e intervencionista, el puntaje Apgar promedio fue de 8.1 +/- 0.8 gramos y 8.3 +/- 0.8 puntos; respectivamente. ($p > 0.001$) demostrando que no existió diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos de pacientes. El gráfico de Cajas muestra la diferencia existente (figura 5).

TABLA N° 05 MEDIA DEL APGAR DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO							
MANEJO	MEDIA	N	DESV. TÍP.	MÍNIMO	MÁXIMO	% DEL TOTAL DE	P
EXPECTANTE	8.1569	51	.85726	6.00	9.00	29.1%	P>0.05
INTERVENCIONISTA	8.3790	124	.84192	5.00	9.00	70.9%	
TOTAL	8.3143	175	.85000	5.00	9.00	100.0%	

Fuente: ficha de recolección de datos

FIGURA N° 05
MEDIA DEL APGAR DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO

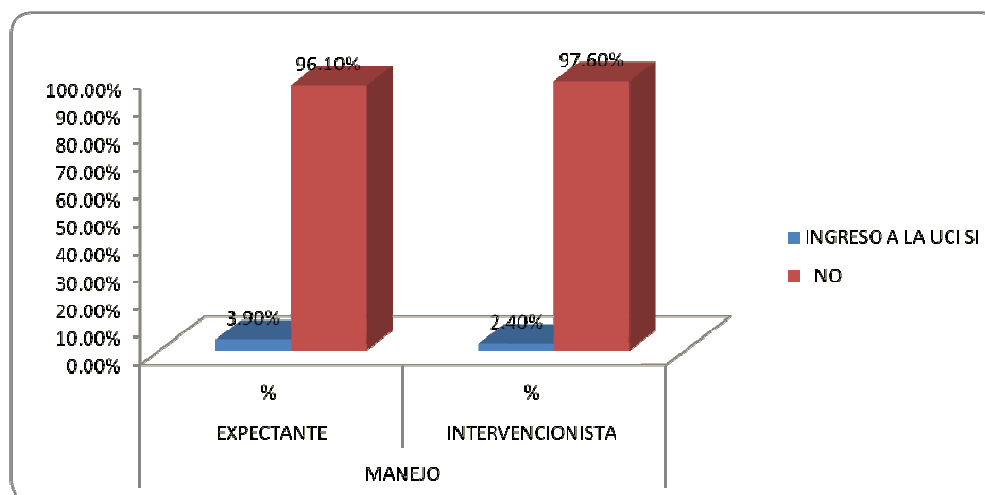


En cuanto al ingreso a la unidad de cuidados intensivos del recién nacido según el tipo de manejo, encontramos que en el caso del manejo expectante el 3.9% ingreso a la unidad de cuidados intensivos, y en el caso del manejo intervencionista el 2.4%.

TABLA N° 06								
INGRESO A LA UCI DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO								
		MANEJO				OR	IC	P
		EXPECTANTE		INTERVENCIONI STA				
		N	%	N	%			
INGRESO A LA UCI	SI	2	3.9 %	3	2.4 %	NS		
	NO	49	96.1 %	121	97.6 %			

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 06
INGRESO A LA UCI DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO

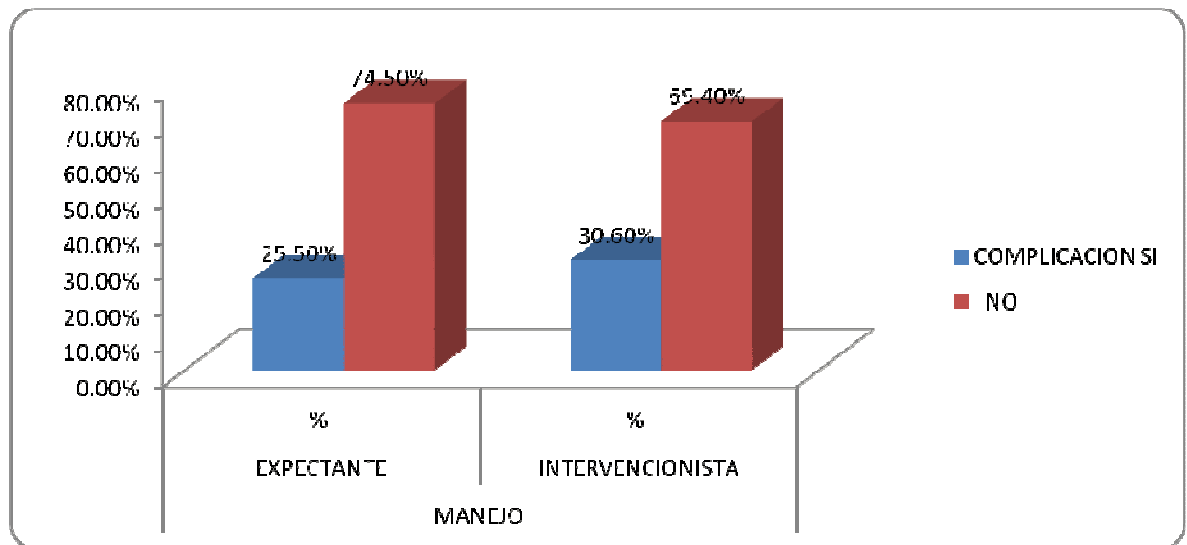


En cuanto a la frecuencia de complicaciones según el tipo de manejo, encontramos que en el caso del manejo expectante el 25.5% presentaron complicaciones, y en el caso del manejo intervencionista el 30.6%.

TABLA N° 07 COMPLICACION DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO								
		MANEJO				OR	IC	P
		EXPECTANTE		INTERVENCIONISTA				
		N	%	N	%			
COMPLICACION	SI	13	25.5%	38	30.6%	NS		
	NO	38	74.5%	86	69.4%			

Fuente: ficha de recolección de datos

GRAFICO N° 07
COMPLICACION DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO

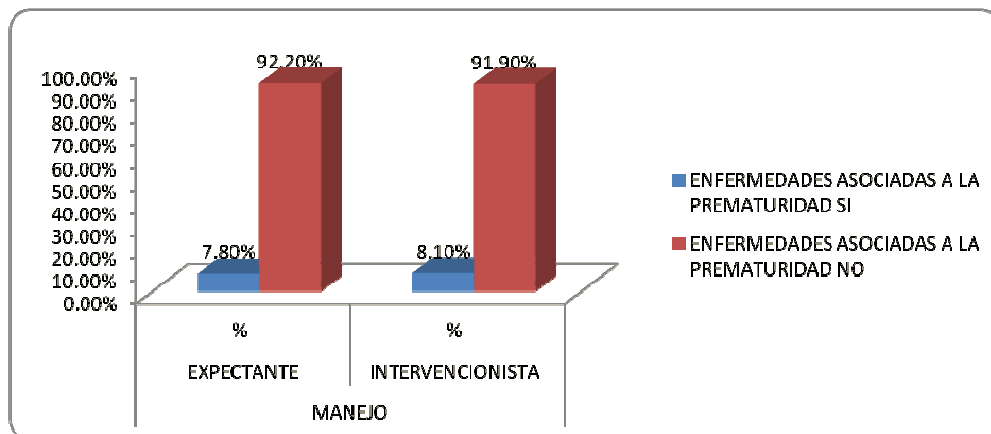


En cuanto a las enfermedades asociadas a la prematuridad según el tipo de manejo, encontramos que en el caso del manejo expectante el 7.8% presentaron enfermedades asociadas a la prematuridad, y en el caso del manejo intervencionista el 8.1%.

TABLA N° 08 ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA PREMATURIDAD DEL RECIEN NACIDO SEGÚN EL MANEJO								
		MANEJO				OR	IC	P
		EXPECTANTE		INTERVENCIONI STA				
		N	%	N	%			
ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA PREMATURIDAD	SI	4	7.8 %	10	8.1 %	NS		
	NO	47	92.2 %	114	91.9 %			

Fuente: ficha de recolección de datos

TABLA N° 08
ENFERMEDADES ASOCIADAS A LA PREMATURIDAD DEL RECIEN NACIDO
SEGÚN EL MANEJO



CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

La preeclampsia severa afecta a alrededor del uno al dos por ciento de las mujeres embarazadas es una causa importante de morbilidad tanto materna como feto-neonatal, especialmente cuando se presenta antes de término (23).

La preeclampsia severa puede afectar el hígado, los riñones, el sistema de coagulación o el cerebro de la mujer grávida así como también a la placenta y puede ocasionar la muerte o problemas graves para la madre o el feto (12,13). Es una de las complicaciones más frecuentes del embarazo y puede ocurrir en cualquier momento durante la segunda mitad del embarazo o en los primeros días del puerperio (5). Con mayor frecuencia, la preeclampsia severa ocurre antes del parto y el único tratamiento definitivo conocido es el término del embarazo (7,31). Cuando el feto aún es inmaduro, puede resultar difícil decidir cuál es el mejor momento para el parto. Implica decidir entre los riesgos de complicaciones maternas graves que supone para la madre continuar con el embarazo y los riesgos de mortalidad y morbilidad neonatal asociados con el nacimiento demasiado prematuro (16-19).

En la práctica clínica, algunos ginecoobstetras defienden el parto precoz, conducta conocida como "agresiva", "intervencionista" o "activa", la cual incluye el parto mediante su inducción o por

cesárea previa administración de corticosteroides para acelerar la maduración pulmonar del feto que, en la práctica, se logra después de 24 a 48 horas (34). En otros casos, se administra corticosteroides, se estabiliza hemodinámicamente a la gestante y luego, si es posible, retrasar el parto, conducta conocida "expectante" (2). La mayor controversia en relación a cuando terminar la gestación y como equilibrar los riesgos para la madre y el feto ocurre entre las 24 y 34 semanas. El parto precoz que deriva en el nacimiento de un neonato muy prematuro puede ocasionar complicaciones neonatales adicionales, como síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular y enterocolitis necrotizante (1). Por otro lado, el retraso del parto con el objetivo de facilitar la maduración fetal podría poner en riesgo a la madre por la probabilidad de una falla orgánica multisistémica. Aunque los puntos de corte para la edad gestacional varían entre un ámbito y otro, antes de las 24 semanas el neonato tiene pocas posibilidades de sobrevivir (2). Después de las 34 semanas, se tiene un pronóstico de 100% de sobrevida. Entre las 24 - 34 semanas, la mortalidad disminuye con el incremento de la edad gestacional. Sin embargo, antes de las 28 semanas existe un riesgo considerable de sobrevida con discapacidad severa (28,30). Asimismo, se ha reportado que la maduración pulmonar (35), así como el desarrollo neurológico y físico (36), no se aceleran en los embarazos complicados con preeclampsia. Sin

embargo, el objetivo del parto de un neonato vivo maduro, no tiene que ser conseguido poniendo en riesgo la salud materna.

Dos ensayos prospectivos randomizados controlados que compararon el manejo expectante con la intervención temprana han sido publicados (15,18). El primero incluyó 38 pacientes y reportó un promedio de 7,1% días de prolongación del embarazo en el grupo con manejo expectante (18); mientras que el segundo ensayo en 95 gestantes se logró una prolongación promedio del embarazo de 15 días (15). En el presente estudio se observó un promedio de 5.9 días en la prolongación del embarazo, menor a lo reportado por Sibai *et al* (2,24) y Odendaal *et al* (23), y también menor a los 5 días publicados por Hall *et al* (19). Se confirmó que la prolongación del embarazo tiene una relación inversamente con la edad gestacional lo que se explica porque que el manejo expectante se suele emplear con edades gestacionales menores (22,37).

La población estudiada de gestantes preeclámpticas severas entre las 28 – 34 semanas se caracterizó por ser primíparas y tener como edad promedio 29.1 años; demostrando que edad fértil es un factor de riesgo importante (7). Aunque difiere algo con el estudio de Rodríguez *et al* (21) que encontraron el 90% de mujeres entre 15-19 años.

Dentro de los antecedentes patológicos, el 8,9% del total de gestantes tuvo antecedente de preeclampsia, factor de riesgo descrito por la literatura para volver a padecerla (3,5). En relación

a los antecedentes obstétricos, la primiparidad se observó en el 53,9% del total de pacientes, factor de riesgo conocido para desarrollar preeclampsia (7).

Se observó que los resultados maternos adversos ocurrieron independientemente del tipo de manejo y los más frecuentes fueron la falla renal aguda, seguida por el síndrome de HELLP y la coagulación intravascular diseminada; los mismos que son indicación de interrupción del embarazo independientemente de la edad gestacional; resultados similares a lo reportado por Hall *et al* (19) y Briones *et al* (15). Asimismo, en esta serie no hubo casos de muerte materna, desprendimiento prematuro de placenta, eclampsia y hemorragia intraparenquimal cerebral, lo que traduce resultados tranquilizadores.

La ausencia de casos de eclampsia en esta casuística podría estar relacionada a la cercana observación materna, al control agresivo de la presión arterial, al tamaño de la población estudiada y sobre todo al eficiente uso de sulfato de magnesio para la prevención de eclampsia en el manejo de la preeclampsia severa, conjuntamente con la conocida utilidad de esta terapia en preeclámpticas severas (25).

Los resultados perinatales adversos más frecuentes en gestantes con preeclampsia severa entre las 28 – 34 semanas también fueron independientes del tipo de manejo; a saber: síndrome de dificultad respiratoria, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante

y displasia broncopulmonar; y concordaron con lo descrito en la literatura biomédica (21, 22,25).

La morbilidad neonatal se relaciona claramente con la edad gestacional al inicio del manejo expectante (42). El incremento de la edad gestacional se correlaciona con una reducción del síndrome de dificultad respiratoria y la enterocolitis necrotizante (43), lo que explicaría porque se redujo significativamente este síndrome en el grupo con manejo expectante, a pesar de ser la complicación perinatal más frecuente.

No se observó asociación de resultados maternos y perinatales adversos con el manejo expectante; sin embargo, se recomienda realizar el estudio con una población mayor, a fin de validar estos resultados. Esto es importante antes de que los beneficios o la seguridad del manejo expectante pueda expresarse con certeza. Los excelentes resultados perinatales obtenidos en gestantes con manejo expectante entre las 28 – 34 semanas ciertamente se relacionan con mejores cuidados neonatales, corticoterapia para maduración pulmonar fetal y prolongación del embarazo.

En resumen, los objetivos del manejo conservador deben procurar siempre el bienestar y la seguridad materna y en segundo lugar, el nacimiento de un recién nacido maduro en óptimas condiciones. Sibai *et al* (24) recomienda el manejo expectante en embarazos mayores de 24 semanas ya que reporta una supervivencia neonatal de hasta 76% y menores complicaciones neonatales. Este grave

dilema clínico ocurre con frecuencia en la mayoría de servicios de alto riesgo obstétrico, dado que en la actualidad, muchas de las decisiones aún se basan en la experiencia personal más que en evidencia sólida. Existe una gran necesidad de poseer datos confiables que ayuden a tomar una decisión confiable. Por ello, el manejo expectante en pacientes con preeclampsia severa lejos del término es una alternativa factible en instituciones que cuentan con Unidades de Cuidados Intensivos, con objeto de mejorar el pronóstico y la supervivencia de los neonatos pretérmino, recomendando que sea selectiva y en condiciones que garanticen una vigilancia intensiva materno – fetal.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.- CONCLUSIONES

El manejo expectante obtiene mejores resultados perinatales en frecuencia, frente al manejo intervencionista en el tratamiento de la preeclampsia severa en gestantes entre las 24 -34 semanas de edad gestacional en el Instituto Materno Perinatal en Abril 2013-Marzo 2013.

No hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los resultados perinatales del manejo intervencionista con el manejo expectante de la preeclampsia severa en gestaciones entre las 24 – 34 semanas de edad gestacional.

El promedio de días de prolongación del embarazo en el manejo expectante de la Preeclampsia Severa en gestaciones entre las 24 - 34 semanas de edad gestacional, fue de 5.9 días.

Hubo diferencias estadísticamente significativas de la Edad gestacional promedio al término de la gestación en ambos grupos de estudio.

La prevalencia de Preeclampsia severa en gestantes entre 24 -34 semanas de edad gestacional durante el periodo de estudio es de 1.5% con respecto al total de gestantes hospitalizadas durante el periodo de estudio.

5.2.- RECOMENDACIONES

Recomendamos la realización de un estudio multicéntrico longitudinal randomizado en relación al manejo expectante e intervencionista de la preeclampsia severa, que cuente con un mayor tamaño de muestra y que sea prospectivo.

Además estudios en los que se considere un mayor número de días de prolongación en el término de la gestación en cuanto al manejo expectante para determinar si existen diferencias significativas en los resultados perinatales en ambos grupos..

CAPITULO VI

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. M. Huarte, Management of hypertension in pregnancy. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 : 91-103
2. Sibai y Col Manejo de la Preeclampsia Lancet 2005; 365: 785-789.
3. Redman y Col. Latest advances in understanding preeclampsia. Science 2005; 308: 1592-1594.
4. Villanueva y Col , Conceptos actuales sobre la preeclampsia-eclampsia Rev Fac Med UNAM 2007; 50 No.2
5. Elu MC, Santos PE. Mortalidad materna: una tragedia evitable. Perinatol Reprod Hum 2004; 18: 44-52.
6. Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. Segunda edición. Lima: MAD Corp SA, 2006.
7. Sánchez S. Análisis de la mortalidad materna en la Disa V Lima Ciudad. Periodo 2000- 2004.
8. Montán S. Drugs use in hypertensive diseases in pregnancy. Curr Opin Obstet Gynecol 2004; 16: 111-5.
9. Dekker G, Sibai B. Primary, secondary, and tertiary prevention of pre-eclampsia. Lancet 2001; 357: 209-15.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. Int J Gynecol Obstet 2002; 77: 67-75.

11. Bolte y col. Management and monitoring of severe preeclampsia. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001; 96: 8-20
12. Briceño-Pérez C, Briceño-Sanabria L. Conducta obstétrica basada en evidencias Preeclampsia leve: manejo expectante, hospitalario o ambulatorio? Ginecol Obstet Mex 2006; 74:537-45.
13. Murphy y col. Decision to deliver in preterm preeclampsia: Maternal o fetal indications? Am J Obstet Gynecol 2002; 187:580?
14. Briceño Conducta obstétrica basada en evidencias. Preeclampsia severa: ¿tratamiento agresivo o expectante? Ginecol Obstet Mex 2007;75:95-103
15. Briones y col. Resultado perinatal con tratamiento conservador en la preeclampsia-eclampsia. Reporte preliminar Cir Ciruj México 2003; 71: 112-115
16. Haddad y col. Maternal and perinatal outcomes during expectant management of 239 severe preeclamptic women between 24 and 33 weeks gestation. Am J Obstet Gynecol 2004; 190:1590-7.
17. Sequeira I. Manejo expectante de la preeclampsia severa en embarazos lejos del término, en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico. 2003. Bib Nac Salud (Nicaragua) 2003;60:444

18. Churchill D, Duley L. Interventionist *versus* expectant care for severe preeclampsia before term. (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2006.
19. Hall y col. Expectant management of early onset, severe preeclampsia: maternal outcome. Br J Obstet Gynecol 2000; 107:1252-7.
20. Shear y col. Should we offer expectant management in cases of severe preterm preeclampsia with fetal growth restriction? Am J Obstet Gynecol 2005;192:1119-25
21. Rodriguez y col. Respiratory distress syndrome and its management. Neonatal-perinatal medicine: Diseases of the fetus and infant; 7th ed. (2002):1001-1011. St. Louis: Mosby
22. Barton J, Witlin A, Sibai B. Management of mild preeclampsia. Clin Obstet Gynecol 1999; 3:455-69.
23. Odendaal y col. Aggressive or expectant management for patients with severe preeclampsia between 28-34 weeks' gestation: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol 1990; 76: 1070-5.
24. Sibai y col. Aggressive versus expectant management of severe preeclampsia at 28-32 weeks' gestation: a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol 1994; 171:818-22.
25. Finster y col. The Apgar score has survived the test of time Anesthesiology 2005 102(4); 855-7.

CAPITULO VII

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Preeclampsia Severa:** Elevación de la PAS \geq 160 y/o PAD \geq 110 y proteinuria $> 2\text{gr}/24\text{h}$ o $> 2+$ y/o daño de órgano blanco (renal, hepático, hematológico, neurológico o fetal), en gestantes >20 semanas de EG.
- **Prematuridad:** Condición del feto con edad gestacional entre 20 y 36 semanas 5 días, aun no completando su madurez sobretodo a nivel pulmonar, llevándolo a necesidad de asistencia especial por su vulnerabilidad e inmadurez.
- **Manejo expectante:** después de corticoterapia retrasar el parto hasta que estuviese indicado o cumpla 34 semanas.
- **Manejo Intervencionista** Parto inmediatamente después administración de corticoide a dosis completa para madurez pulmonar es decir 24 h después de la primera dosis.
- **Resultados Perinatales:** Son aquellas características que permiten evaluar el estado de salud del Recién nacido como puntaje de Apgar al nacer, peso, enfermedades concomitantes e ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Código:.....

GRUPO MANEJO:

1. Intervencionista
2. Expectante

Edad materna

..... años

Edad gestacional:

1. 24 - 28 sem
2. 29- 31 sem
3. 32 – 34 sem

Ingreso a UCIN:

1. SI
2. NO

Existencia de Complicaciones neonatales (EMH, HIV, NEC):

1. SI
2. NO

Peso al nacer:

- <1000 gr
- >=1000 gr.

Apgar a los 5 minutos:

- < 7
- >= 7

Días de prolongación del embarazo (en el grupo de m. expectante):

.....